

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 1164

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean ROBERT

né le 7 juillet 1933 à HASNON (Nord)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE LA RECRUESCENCE DE LA
SYPHILIS D'APRES L'ACTIVITE D'UN SERVICE
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Président :

Mr F. P. MERKLEN,

Professeur

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean ROBERT

né le 7 juillet 1933 à HASNON (Nord)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE LA RECRUDESCENCE DE LA
SYPHILIS D'APRES L'ACTIVITE D'UN SERVICE
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Président :

Mr F. P. MERKLEN,

Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (G.)
	COUINAUD (G.)
	GILLOT (G.)
	OLIVIER (G.)
	pr. s. ch.
	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.)
	VOURC'H (G.)
	BARBIER (P.)
	pr. s. ch.
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
	BAULIEU EL. m. conf.
	BOURILLON (R.)
	CARTIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
	GONNARD (P.)
	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.)
	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
	SELIGMANN (M.)
	CIVATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
	BESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	DAUSSET (J.)
	DUHAMEL (G.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.
Histologie	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.
Hydrologie	BESANÇON (F.)
	CORNET (A.)
	BOYER (J.) pr. s. ch.
Hygiène	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	FOURNIER (E.)
Médecine légale	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
	ALBAHARY (G.)
Médecine du travail	PERTUISET (B.)
Neuro-chirurgie	LAPRESLE (J.)
Neurologie	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
	MORIN (P.)
Obstétrique	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (G.)
	THOYER-ROZAT (J.)
	BRÉGEAT (P.)
Ophtalmologie	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	GERBONNET (G.)
	CHATELIN (G.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
Pathologie chirurgicale	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
	CROSNIER (J.)
Pathologie expérimentale	HARTMANN (L.)
	LEPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (G.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
Pathologie médicale	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MAGREZ (G.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICORNAGGI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie.	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)
Physiologie	{ pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie. . . .	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie.	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile. . . .	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie.	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie.	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal.	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie ce travail :

A la mémoire de mon Père,

A ma Mère,

A ma Famille,

A tous mes Professeurs,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur F. P. MERKLEN

Qui m'a donné le sujet de cette thèse
et m'a fait l'honneur de la présider.

A Monsieur le Professeur Agrégé C. MIKOL
et au Docteur M. RENOUX

Qui m'ont aidé dans ce travail.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur L. JUSTIN-BESANCON

Monsieur le Docteur M. TALHEIMER

Monsieur le Docteur R. MEILLERE

Monsieur le Professeur R. GARCIN

Monsieur le Professeur P. MORIN

Monsieur le Docteur J. SALET

Monsieur le Professeur F. P. MERKLEN

Monsieur le Professeur M. ROBEY.

ETUDE DE LA RECRUDESCENCE DE LA
SYPHILIS D'APRES L'ACTIVITE D'UN SERVICE
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

oOo

INTRODUCTION

La comparaison de deux observations, l'une datant de 1910, l'autre de 1959, montre les progrès considérables de la syphiligraphie.

Cependant, la persistance et même la recrudescence actuelle de la syphilis, donne tout son intérêt à l'étude de l'activité d'un service spécialisé, à l'Hôpital SAINT LOUIS.

OBSERVATION N° 1

Madame B... , Porteuse de pain, âgée de 28 ans, consulte dans le service le 24 janvier 1910, pour un chancre syphilitique de la fourchette, datant de trois semaines. Il existe une adénopathie inguinale double. Le diagnostic établi, on donne 2 pilules de Dupuytren par jour. Le 24 février, les amygdales sont très grosses et très rouges, on découvre une roséole, puis des syphildes lichénofides apparaissent, miliaires au début, multiples quelques jours après, avec de gros ganglions sous-maxillaires et cervicaux en particulier. Le 13 avril, l'éruption est encore plus marquée, on poursuit le traitement sous forme de Billes de Dupuytren.

En mai, l'éruption est encore un peu plus accentuée, les ganglions ont diminué, mais sont encore très gros, on donne une potion à l'arséniade de soude.

Le 30 juin 1910, l'état est stationnaire, pilules et billes de Dupuytren sont toujours prescrites ; un gros ganglion sous-maxillaire est en voie de suppuration. En septembre, le traitement a été poursuivi, la syphilis acnéique n'est plus qu'à l'état maculeux. On découvre alors que la malade est enceinte de trois mois. Enfin, le 24 septembre 1910, on note (avec satisfaction peut-être !) que l'éruption a encore diminué. La malade est alors perdue de vue.

OBSERVATION N° 2

Monsieur L..., garçon de café, âgé de 22 ans, consulte le 26 octobre 1959 dans le service, pour une érosion de la marge anale, plane, légèrement indurée, accompagnée de douleurs à la défécation, apparue depuis quinze jours, suivie d'adénopathies inguinales gauches. L'application de topique fait que l'examen ultra-microscopique pratiqué au niveau de l'érosion ne permet pas de découvrir de tréponèmes.

La sérologie qui commence à virer le 26 octobre 1959 (seules les réactions de Klein et de Rein-Bossak sont alors positives), est nettement positive le 9 novembre. (BW Demanche Ho ; Kolmer cardiolipines +++ ; Kolmer Reiter +++ ; WDRL 8 ; Klein 16 ; Rein Bossak 16). Le traitement institué, le malade reçoit 3 grammes de Spiramycine par jour, pendant 3 jours consécutifs, puis une cure de 15.000.000 de pénicilline à doses progressives. Il bénéficiera ensuite de 3 cures de Bispécia, en traitement de consolidation d'une 2ème cure de pénicilline. Au bout de 6 mois, la sérologie ne révèle qu'une réaction de Reiter douteuse ; au bout d'un an, elle est totalement négative. Le test de NELSON, demandé le 7 novembre 1961, est à zéro pour cent. Le malade peut alors être considéré comme guéri.

A la lumière de ces deux observations, il est permis de considérer le pas énorme franchi en 50 ans : succès de la thérapeutique actuelle appliquée correctement et rapidement à ce chancre anal, alors que, jadis, dans le même temps, on voyait la maladie prendre tous ses masques, évoluer inexorablement, chancre, plaques muqueuses, roséole, syphilides lichénoïdes se succédant, chacun à son heure.

Cette efficacité du traitement la stérilisation des lésions contagieuses, devaient logiquement contribuer à l'extinction de la syphilis, et pourtant on assiste actuellement à une flambée, une reprise de la morbidité syphilitique.

Apprécier les modalités de cette recrudescence, à travers l'activité du dispensaire BROCC (Hôpital SAINT-LOUIS), tel est notre propos. Ensuite, seront envisagées les constatations statistiques d'autres services, français et étrangers. Enfin, sera faite une tentative d'interprétation de cet état de faits.

CHAPITRE I

ETAT DE LA MORBIDITE SYPHILITIQUE AU PAVILLON BROCC DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS AU COURS DES DIX DERNIERES ANNEES.

Cette étude porte sur tous les cas de syphilis classés dans les dossiers du dispensaire Brocc au cours de ces dix dernières années, de 1953 à 1962. Elle met en relief l'augmentation importante des cas de syphilis récente, amorcée en 1959, et le relevé des cas décelés au cours du premier semestre de cette année souligne la persistance de cette recrudescence.

Les malades inscrits ont été classés chaque année en différents groupes, qui se répartissent comme suit :

- le premier groupe, dont le volume croissant est le témoin de la flambée vénérienne, comprend les SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRES ;
- le deuxième groupe intéresse les SYPHILIS SEROLOGIQUES LATENTES, découvertes fortuitement à l'occasion d'examens systématiques (prénuptiaux, prénataux ...) sans manifestations cliniques et sans caractères contagieux, dépistées par la sérologie classique des réagines et confirmées par le test d'immobilisation des tréponèmes ;
- dans le troisième groupe sont réunies les SYPHILIS SEROLOGIQUES ANCIENNES, connues chez des malades venus pour continuer un traitement en raison d'une sérologie positive (sans signe clinique) ;
- en dernier lieu enfin sont groupées les SYPHILIS TARDIVES, cutanées, viscérales, nerveuses, et les syphilis congénitales.

I - EPIDEMIOLOGIE DE LA SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRE.

C'est la période de contagiosité de la maladie, c'est donc la phase la plus importante quant à l'épidémiologie. C'est aussi à cette époque, rappelons-le, que le traitement est le plus efficace.

L'allure de la courbe obtenue en portant en abscisses les années et en ordonnées le nombre de cas de syphilis précoce, donne une idée précise de la recrudescence de la morbidité vénérienne.

Si, en 1953, 1954, 1955, les chiffres étaient pratiquement équivalents avec 55, 53, 51 cas, légèrement décroissants même, dès 1956, avec 66 cas, on note une progression. Progression, qui s'accroît en 1957, 1958, où l'on dénombre 75 et 74 cas, qui s'affirme en 1959 avec 88 cas. Dès lors, les chiffres ne cessent d'augmenter ; 36,3% de plus que l'année précédente en 1960 avec 119 cas ; 77,3% de plus qu'en 1960, avec 211 cas, en 1961. Enfin en 1962, 228 cas, c'est-à-dire un peu plus de quatre fois le chiffre obtenu en 1953. Les 121 cas observés au cours du premier semestre 1963 permettent de prévoir un chiffre de 240 cas pour la totalité de l'année, si l'on s'en réfère aux chiffres moyens semestriels précédents.

La répartition, suivant le SEXE des malades d'une part, et d'autre part suivant la période de la syphilis, primaire ou secondaire, laisse voir aisément d'après les courbes établies, que ce sont les hommes qui sont le plus fréquemment atteints, dans la proportion de 3 à 4 pour 1 femme. On remarque également que les syphilis secondaires sont moins nombreuses chez les hommes, dépistés généralement au moment du chancre, alors que les femmes sont vues le plus souvent au cours de cette phase secondaire. Les accidents primaires féminins ne sont généralement observés que lorsqu'il s'agit de femmes ayant eu un contact suspect, mises en surveillance clinique et sérologique, suivies et examinées régulièrement.

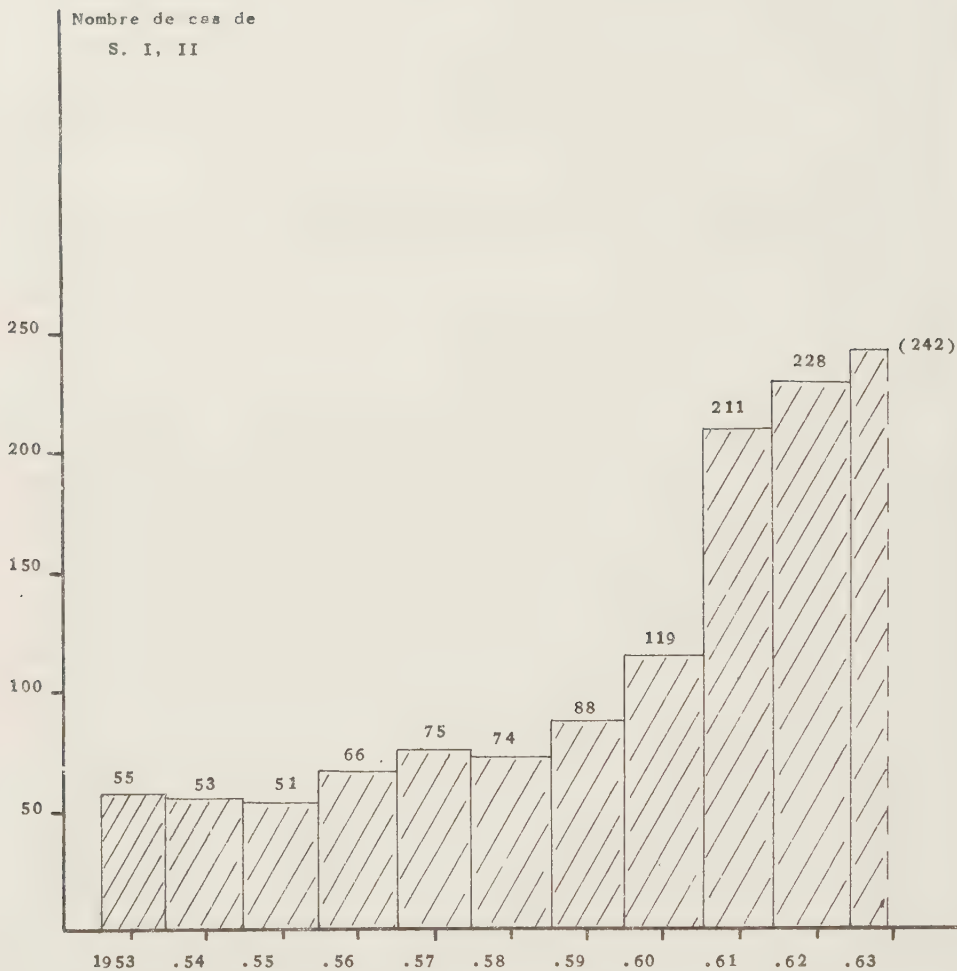
Il y a une trentaine d'années, la cause la plus fréquente de contamination masculine était représentée par la PROSTITUTION, à l'heure actuelle, cette notion est quelque peu modifiée car d'autres sources de contamination entrent en ligne de compte dans des proportions importantes ; nous voulons parler des femmes de rencontre, amies de passage non rétribuées et des homosexuels. En effet, si la contamination HOMOSEXUELLE était pratiquement négligeable il y a 15 ans (1 à 2% à peine des causes d'infection en 1949, disent R. DEGOS et O. DELZANT) nous trouvons dans notre

statistique des pourcentages de 9,5 ; 7 ; 7 ; 12 ; en 1955, 1956, 1957, 1958, puis en 1959 un pic très important à 19% qui a fait dire que ce mode de contamination pouvait être un des facteurs de l'augmentation actuelle de la morbidité syphilitique.

	HOMMES		FEMMES		TOTAUX
	S. I	S. II	S. I	S. II	
1953	31	9	3	12	55
1954	27	13	3	10	53
1955	28	15	5	3	51
1956	34	25	1	6	66
1957	32	23	6	14	75
1958	38	20	7	9	74
1959	55	19	2	12	88
1960	66	38	1	14	119
1961	121	48	9	33	211
1962	120	41	17	50	228
1 ^{er} sem. 1963	(63)	(27)	(9)	(22)	(121)

- Tableau I -

Epidémiologie des syphilis primo-secondaires vues au Dispensaire Brocq de 1953 à 1962
Répartition suivant le sexe



- Figure 1 -

Courbe épidémiologique des syphilis Primo-secondaires vues au Dispensaire Brocq de 1953 à 1962

(le chiffre de 1963 est extrapolé à partir de 121 cas pour le 1er semestre)

Par la suite en 1960, 1961, 1962, les chiffres se sont maintenus en plateau à 10,5%, 10,5% et 11%, revenant à des taux plus modestes. Nous avons ainsi relevé 14 homosexuels certains en 1959, 11 en 1960, 18 à la fois en 1961 et en 1962 ; ces totaux pourraient d'ailleurs être augmentés de quelques unités prises parmi les contaminations indéterminées, inavouées, et également les contaminations féminines accusées à tort, les rapports homosexuels étant plus difficilement avoués que ceux avec les partenaires de sexe opposé, bien qu'un certain snobisme porte à afficher parfois des mœurs autrefois soigneusement dissimulées. Remarquons que ces contaminations homosexuelles ne sont plus l'apanage d'une certaine classe sociale, mais qu'on les rencontre dans toutes les couches de la société ; on constate, suivant la formule de P. JOULIA, une véritable "démocratisation" de l'homosexualité !

Les FEMMES DE RENCONTRE, non rétribuées, ont également une part importante, elles sont citées comme contaminatrices dans 25 à 30% des cas, avec des flèches à 31% en 1958, 32,5 % en 1960. Leur rôle est d'autant plus important, que dans la grande majorité des cas l'enquête sociale, dépourvue d'éléments solides d'orientation, est extrêmement difficile et n'aboutit pas ; les femmes continuent ainsi d'essaimer leurs tréponèmes. Non moins dangereuses évidemment sont les PROSTITUEES, qui depuis le décret du 25 novembre 1960 ne sont plus inscrites au fichier sanitaire et de ce fait, ne sont plus astreintes au contrôle médical obligatoire. Pourtant nous constatons que chaque année le pourcentage de contamination le plus élevé leur revient, proche de 50% en 1957, jamais inférieur à 35%. Egal à 38,5 % en 1960, ce taux augmente régulièrement, 42,5% en 1961, 44,5% en 1962.

Quant aux autres sources possibles de contamination, elles sont plus discrètes, conjointes, amies régulières, avec une nette prédominance pour ces dernières. Dans tous les cas, il faut compter avec 6 à 8% de contaminations indéterminées, où l'interrogatoire s'est heurté à l'indifférence ou au mutisme le plus complet.

En ce qui concerne les contaminations féminines, elles sont dues dans la majorité des cas au conjoint ou à l'ami régulier. C'est ici que l'interrogatoire rencontre le plus de difficultés, obligeant à reconnaître parfois 50 à 70% de contamination indéterminées.

Si on a accusé les homosexuels d'être un des facteurs de la recrudescence de la morbidité syphilitique, on a également accusé la population NORD-AFRICAINE métropolitaine. Or 1959, l'année du pic homosexuel, correspond à un des taux les plus

faibles de malades Nord-Africains inscrits dans nos registres, il ne saurait donc en être question. La proportion de syphilis récente parmi ces malades est de : 23,6% ; 28,3% ; 18,65% ; 15,15% ; 13,33% ; 13,50% ; 13,63% ; 20,5% ; 18,95% ; 21,05% de 1953 à 1962.

	Con- jointes	Amies régu- lières	Femmes de rencontre	Prostituées	Homosexuels	Indé- terminés
1953	0	4	10 = 25 %	14 = 35 %	4 = 10 %	8
1954	0	1	11 = 27,5 %	16 = 40 %	0 = 0 %	12
1955	0	3	12 = 28 %	15 = 35 %	4 = 9,5 %	9
1956	0	3	18 = 30,5 %	28 = 47,5 %	4 = 7 %	6
1957	1	7	12 = 22 %	27 = 49 %	4 = 7 %	4
1958	0	2	18 = 31 %	21 = 36 %	7 = 12 %	10
1959	0	3	16 = 21,5 %	31 = 42 %	14 = 19 %	10
1960	2	7	34 = 32,5 %	40 = 38,5 %	11 = 10,5 %	10
1961	1	14	48 = 28,5 %	72 = 42,5 %	18 = 10,5 %	16
1962	2	11	45 = 28 %	72 = 44,5 %	18 = 11 %	15
1er sem 1963	(6)	(6)	(14 = 15,5 %)	(40 = 44,5 %)	(12 = 13,5 %)	(12)

- Répartition des agents contaminateurs vraisemblables -
- Tableau II -

1 - Malades HOMMES.

	Conjoints	Amis Réguliers	Hommes de Rencontre	Homo- sexuelles	Indé- terminées
1953	1	1	1	0	12
1954	2	1	3	0	7
1955	1	0	4	0	3
1956	2	1	2	0	2
1957	5	6	1	2	6
1958	2	5	5	0	4
1959	2	3	3	0	6
1960	6	3	3	0	3
1961	5	10	2	0	25
1962	14	18	5	1	29
1er sem 1963	(8)	(6)	(4)	(0)	(13)

- Tableau II -

- Répartition des agents contamineurs vraisemblables -

- 2 - Malades FEMMES.

Ainsi, cette proportion qui allait en décroissant jusqu'en 1959, remonte depuis 1960 pour se maintenir constante aux environs de 20%. Les Nord-Africains seraient donc plutôt les victimes de cette recrudescence, dont ils pourraient évidemment devenir les vecteurs secondaires. En fait, c'est la population métropolitaine française qui occupe la plus grande place dans la répartition des cas de syphilis récente, la main-d'oeuvre européenne ou noire d'Afrique, Guadeloupe, Martinique, offrant un contingent sensiblement en rapport avec leur densité sur le sol français.

L'origine PROFESSIONNELLE apparaît sans influence hormis des métiers plus particulièrement exposés au péril vénérien, les représentants, voyageurs de commerce qui se déplacent beaucoup, les chauffeurs routiers contaminés par les auto-stoppeuses, les taxis.

L'ASPECT du chancre ne varie guère, il garde le plus souvent ses caractères classiques, induration, régularité, forme arrondie, coloration rose-jambonnée. Le chancre balano-préputial typique reste le plus fréquent, nous en avons compté 214 sur les 492 chancres primaires de notre statistique. Sont également fréquents les chancres du fourreau, volontiers croûteux, ils se voient le plus souvent chez les Nord-Africains, de même que ceux du pubis. Cependant, les chancres ulcéreux, phagédéniques, s'observent de préférence chez les noirs. La sphère génitale féminine cache beaucoup plus aisément ses accidents primaires, le chancre du col y est le plus riche avec 7 cas sur les 28 chancres primaires décelés en 10 ans. Les chancres anaux sont assez nombreux avec 15 cas, 13 masculins et 2 féminins. Les chancres buccaux ne sont pas exceptionnels : 5 chancres de la lèvre, 4 masculins et 1 féminin ; 2 chancres de la langue et 2 de l'amygdale. L'adénopathie satellite garde également son aspect habituel, mais on est moins surpris aujourd'hui de lui trouver parfois une allure inflammatoire.

A côté de ces faits connus, on trouve maintenant des lésions de diagnostic plus difficile, dont l'étiologie syphilitique a été méconnue, l'application de pommade antibiotique ou d'antibiothérapie par voie générale prescrite à des doses insuffisantes, ont camouflé, masqué le chancre, qui perd ses caractères, notamment son induration, ne s'accompagne pas d'adénopathies satellites, les ultras répétés sont négatifs, la sérologie vire tardivement. C'est dire le danger de ces formes, contagieuses pour l'entourage, graves pour le malade traité avec retard.

Voyons maintenant qu'elle est l'importance de l'AGE dans l'épidémiologie de la syphilis. Nous avons réparti nos 1020 cas de syphilis primo-secondaire en trois séries : la série I au-dessous de 20 ans, la série II qui groupe les sujets de 20 à 40 ans et la série III pour les sujets plus âgés. On remarque immédiatement que la série des moins de 20 ans, avec 27 cas, c'est-à-dire 2,7% a un rôle très minime. La place la plus importante est réservée à la série des adultes de 20 à 40 ans avec 76,2%, ce qui doit correspondre à l'âge de plus grande activité sexuelle. Notons que les cas extrêmes sont représentés par un écolier de 14 ans et un homme de 77 ans !

S. I II	1953	.54	.55	.56	.57	.58	.59	.60	.61	.62
FRANCAIS	39	38	47	50	58	54	67	69	142	159
NORD AFR:	13	15	11	10	10	12	12	24	40	48
NOIRS	0	0	0	1	0	2	4	8	5	9
AUTRES	3	0	1	5	7	8	5	16	26	12
NORD AFR. %	23,6	28,3	18,65	15,15	13,33	13,5	13,63	20,5	18,95	21,05
S. séro-latentes										
FRANCAIS	53	43	54	42	30	31	34	34	36	57
NORD AFR.	11	16	17	16	15	17	23	22	9	12
NOIRS	1	5	1	2	6	5	11	4	16 23,5%	20 20,83%
AUTRES	4	6	5	8	3	9	4	6	7	7
NORD AFR. %	15,9	22,85	22,07	23,5	27,75	27,42	31,95	33,33	13,25	12,5
S. III										
FRANCAIS	15	16	12	12	12	9	13	7	4	4
NORD AFR.	2	0	1	2	4	1	2	0	1	0
NOIRS	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
AUTRES	2	1	0	1	1	6	2	1	2	1

- Tableau III -

- Répartition suivant l'origine ethnique -

Nombre total de cas	55	53	51	66	75	74	88	119	211	228	1020
Nombre de cas au-dessous de 20 ans	1	1	2	3	3	2	3	3	5	4	27 2,7%
Nombre de cas de 20 à 40 ans	35	36	36	47	57	61	73	92	165	176	778 76,2%
Nombre de cas au-dessus de 40 ans	19	16	13	16	15	11	12	24	41	48	215 21,1%
	1953	.54	.55	.56	.57	.58	.59	.60	.61	.62	Totaux

Tableau IV

- Importance de l'age dans la syphilis primo-secondaire -

Reste à voir un problème particulier , celui de la REINFECTION ; 57 cas ont été inscrits ces dix dernières années et parmi ceux-ci 3 malades en étaient à leur troisième infestation tréponémique. Elle représente environ 5,5% de l'ensemble de nos syphilis précoces et semble s'adresser à une catégorie spéciale de malades, qui ignore tout, ou veut tout ignorer du risque vénérien. Parmi ceux-ci il est remarquable de noter que chez les hommes, les homosexuels fournissent le contingent le plus important depuis 5 ans, avec 2 cas sur 2 en 1958, 1 sur 2 en 1959, 3 sur 5 en 1961 et 3 sur 8 en 1962. Les réinfections féminines sont relativement peu nombreuses, elles ne représentent que 6 cas sur les 57 inscrits.

II - SYPHILIS SEROLOGIQUES LATENTES

Si on examine les chiffres représentatifs des syphilis sérologiques latentes, on constate une augmentation des cas à partir de 1962, alors que jusqu'à cette date le nombre des cas était relativement fixe chaque année, oscillant autour de 45. On pourrait donc parler également d'une recrudescence des syphilis sérologiques latentes, plus récente puisqu'elle s'affirme avec un décalage de trois à quatre ans par rapport à la remontée des syphilis précoces. Cette élévation des taux est de 42% en 1962 par rapport à 1961.

Les syphilis sérologiques latentes sont découvertes au cours d'examens systématiques de dépistage, dans le cadre des examens de santé, de la Sécurité Sociale, des visites prénatales, prénuptiales, des donneurs de sang, des candidats à la naturalisation, de la Médecine du Travail. Ces mesures sont d'ailleurs légales et obligatoires et n'ont pas été modifiées.

Une importante proportion de ces syphilis est découverte chez les Nord-Africains, avec des taux croissants de 15,9% en 1953 à 33,33% en 1960, pour revenir à des taux plus modestes en 1961 et 1962 avec 13,25% et 12,5%. Ces deux dernières années voient par ailleurs les pourcentages des syphilis sérologiques des travailleurs noirs augmenter avec 23,5% et 20,83%. Cette augmentation est sans doute en rapport avec l'accroissement de l'immigration noire, et d'autre part, nous savons qu'il est bien difficile de différencier chez ces malades la syphilis des autres tréponématoses, telles que le pian et le caraté.

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1er sem. 63
53	49	42	38	34	47	51	41	50	71	(25)

Tableau V - Nombre de cas de syphilis sérologiques latentes vus au Pavillon Brocq ces dix dernières années.

III - SYPHILIS SÉROLOGIQUES ANCIENNES

Il s'agit de malades traités antérieurement, connaissant leur maladie, et qui viennent au dispensaire, le plus souvent pour des raisons personnelles, notamment : pour des commodités d'horaires ou en raison d'un changement de domicile. Leur nombre est relativement constant au long des années, évalué en général entre 15 et 25. Cette catégorie de malades n'a pas d'influence sur la recrudescence.

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1er sem. 1963
17	23	25	31	20	15	21	25	18	25	(14)

- Tableau VI -

Nombre de cas de syphilis sérologiques anciennes vus au Pavillon
Brocq ces dix dernières années

IV - SYPHILIS TARDIVES SYMPTOMATIQUES

Il s'agit de syphilis tertiaires, cutanées, viscérales, cardio-vasculaires, nerveuses, tabès, paralysie générale, et enfin de syphilis congénitales. Les accidents tardifs sont en régression avec 9 cas décelés en 1960, 8 en 1961 et 5 en 1962, alors que, jusqu'en 1959, la moyenne des cas décelés oscillait autour de 17 chaque année. Cette diminution du nombre des cas dépend vraisemblablement de l'apparition de la pénicillinothérapie.

Ces cas se répartissent en :

- Pour les formes cutanées : 32 cas parmi lesquels :

. 5 gommès, 7 leucoplasies, 7 ulcères dont 1 du deltoïde et 1 du sillon delto-pectoral, les 5 autres cas sont des ulcères des membres inférieurs avec sérologie positive irréductible, et enfin 1 roséole tertiaire, 1 leucomélanodermie, 1 mal perforant.

- Pour les syphilis cardio-vasculaires :

. 3 insuffisances aortiques dont une avait une sérologie positive à la rachicentèse, 1 anévrisme aortique, 11 aortites.

- Pour les syphilis nerveuses :

. 29 tabès, 13 paralysies générales, 6 cas de syphilis nerveuses avec sérologie positive à la rachicentèse, sans signes cliniques.

- Enfin, 32 syphilis congénitales, dont 9 kératites interstitielles et 4 périostites, les autres cas étant asymptomatiques.

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1er sem. 1963
18	15	11	14	17	17	17	9	8	5	(2)

- Tableau VII -

Nombre de cas de syphilis tertiaires vus au Pavillon Brocq de

V - DISCUSSION DES RESULTATS

1953 à 1962

L'accroissement du nombre de cas de syphilis primo-secondaires apparaît d'emblée ; 55 cas en 1953 et 228 cas en 1962. Cependant, les chiffres étudiés, s'ils indiquent le nombre de nouveauX cas de syphilis inscrits au cours de ces 10 dernières années, dépendent non seulement de la morbidité, mais aussi de l'expansion du service (activité accrue, diversité des facteurs influençant le recrutement). En effet, le nombre de nouveaux malades inscrits chaque année est variable comme en témoigne le total des fiches de dermatologie et de dossiers de syphiligraphie. Si l'on excepte celui de 1956, anormalement bas, ces chiffres révèlent une légère augmentation.

	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
totaux du service	3282	3705	4489	4083	4627	4934	4840	5378	5401	4944
S. I, II	55	53	51	66	75	74	88	119	211	228
S. S. 1at	53	49	42	38	34	47	51	41	50	71
S. sanc	17	23	25	31	20	15	21	25	18	25
S. III	18	15	11	14	17	17	17	9	8	5

- Tableau VIII -

Comparaison des chiffres totaux du service avec les chiffres de
syphilis.

Le pourcentage des cas de syphilis, établi par rapport au nombre de nouveaux inscrits, permet l'étude de la fréquence relative de la syphilis compte-tenu de l'expansion du service.

Dans le cas des syphilis primo-secondaires, l'accroissement net des pourcentages est retrouvé :

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
1,68%	1,43%	1,14%	1,62%	1,62%	1,50%	1,82%	2,22%	3,53%	4,62%

- Tableau IX -

Les pourcentages obtenus pour les années 1962 et 1963 dépassent manifestement ceux obtenus pour les années précédentes.

L'accroissement du nombre de cas de syphilis sérologiques latentes est moins prononcé : 53 cas en 1953 et 71 cas en 1962. Il n'apparaît pas d'augmentation significative de sa fréquence.

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
1,61%	1,35%	1,16%	0,91%	0,73%	0,96%	1,06%	0,76%	0,92%	1,44%

- Tableau X -

Les fluctuations constatées peuvent dépendre uniquement du hasard. L'apport de populations nouvelles, en particulier récemment de noirs, contribue également à modifier ces données d'autant plus qu'il est impossible chez ces malades de différencier la syphilis des autres tréponématoses telles que le pian et le caraté.

En ce qui concerne les cas de SYPHILIS SEROLOGIQUES ANCIENNES, seules sont observées de légères variations, manifestement non systématiques. Les pourcentages obtenus sont pratiquement constants :

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
0,52%	0,65%	0,56%	0,76%	0,43%	0,30%	0,43%	0,47%	0,33%	0,50%

- Tableau XI -

La diminution du nombre de cas de syphilis tardives apparaît d'emblée ; 19 cas en 1953 et seulement 5 cas en 1962. Elle est confirmée par une baisse manifeste des fréquences:

1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
0,55%	0,42%	0,24%	0,34%	0,37%	0,35%	0,35%	0,17%	0,15%	0,10%

- Tableau XII -

EN RESUME

L'étude de la morbidité syphilitique de 1953 à 1962 au Pavillon Brocq illustre la recrudescence importante des cas de syphilis précoce, tout particulièrement au cours de ces trois dernières années. L'analyse des résultats, compte tenu de l'expansion du service confirme cette progression et la montre significative.

Si les syphilis sérologiques latentes paraissent en augmentation pour 1962, le calcul du pourcentage montre l'absence de variation .

Les syphilis tardives montrent une régression significative.

La prostitution est toujours le foyer le plus important de contamination ; le pourcentage de contamination homosexuelle masculine tend à se stabiliser après avoir subi une hausse inquiétante.

CHAPITRE II

LA RECRUESCENCE DE LA SYPHILIS, PHENOMENE GENERAL.

En juin 1960, R. DEGOS présentait au Ministère de la Santé Publique un rapport sur le réveil actuel de la morbidité syphilitique, qui disait en substance :

" Non seulement la syphilis ne régresse pas, mais elle manifeste une recrudescence sur une grande partie du territoire métropolitain. Les syphiligraphes dénoncent dans la plupart des départements une brusque reprise de la syphilis, région lyonnaise, Gironde, Bouches du Rhône, Loire, Isère, Nord, Haute-Garonne, Loire Atlantique, Aude, Gard, Hérault, l'épidémie syphilitique s'étend sur tout le territoire pour devenir particulièrement grave dans la région parisienne où le nombre des cas a presque doublé en 4 ans, et dans la région lyonnaise qui accuse une recrudescence de 868 p.100 de 1958 à 1959".

Et depuis, la recrudescence n'a fait que s'affirmer, on peut dire que dans toute la France, dans tous les pays, les statistiques font état d'une nette augmentation numérique des cas de syphilis primo-secondaires décelés par les dispensaires publics .

I - CHIFFRES FRANCAIS

Dans le Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, les statistiques épidémiologiques pour l'année 1962, montrent une recrudescence de plus en plus importante de la Syphilis primo-secondaire en France.

Le nombre des cas a quintuplé en 7 ans, 1156 cas ont été déclarés en 1955, 5608 en 1962. Et encore, ces chiffres sont certainement assez loin de la vérité ; en effet, il est bien rare que les médecins déclarent les cas constatés à leur cabinet, de plus, un grand nombre de cas ne sont pas reconnus en clientèle privée . Cette augmentation des syphilis primo-secondaires est inégale

selon les régions. Elle atteint surtout celles dont la population est dense, concentrée dans les grandes villes, dans les secteurs à forte activité industrielle ou commerciale (TOURAINÉ).

France Métropo- litaine	1282	1222	1156	1452	1348	1461	1621	2502	3610	5608
Départe- ment de la Seine		541	558	826	854	883	993	1376	2033	2352
	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962

- Tableau XIII -

- Syphilis Primo-secondaires déclarées -

Jusqu'en 1958, l'augmentation des syphilis récentes contagieuses n'était observée que dans la région parisienne, alors que dans le reste de la France, les statistiques officielles ne marquaient aucune fluctuation notable. A partir de 1959, l'endémie syphilitique se propage à la province, jusque là épargnée.

La région lyonnaise subit depuis 4 ans une très importante poussée épidémique de syphilis floride primo-secondaire (H. THIERS), avec en 1959, une recrudescence spectaculaire de 868 p. 100 en un an. La plupart des autres départements sont également affectés par cette subite recrudescence, en particulier la Gironde et les Bouches du Rhône.

La Seine Maritime, le Pas-de-Calais, la Somme, le Vaucluse, le Var, donnent également des chiffres en augmentation. Dans les autres départements, les chiffres sont peu importants et n'ont pas d'influence sur la statistique générale, en particulier dans les zones rurales, ce qui tend à montrer qu'elles ne participent encore que peu à l'extension de la maladie.

(voir tableau ci-après)

Isère	12	7	4	1	2	10	20	32	20	
Loire	8	5	13	25	10	3	17	25	57	78
Rhône	60	123	53	24	22	19	165	165	320	461
B. du Rh.						50	69			
Alpes Mar						75	98			
Gironde						77	109			
	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962

- Tableau XIV -

- Syphilis Primo-secondaires déclarées -

Certains auteurs ont publié des statistiques comparatives avec la période antérieure à 1940, concernant les cas observés dans leurs services. En effet, les statistiques officielles d'ensemble du Ministère de la Santé Publique et de l'Institut National d'Hygiène ne datent que de 1943, après la promulgation de l'acte de loi du 31 décembre 1942, rendant obligatoire la déclaration des maladies vénériennes.

389	265	239	252	97	171	253	412
1934	1937	1938	1939	1955	1960	1961	1962

- Tableau XV -

- Syphilis Primo-secondaires du Dispensaire Gougerot à Saint-Louis -

Pour le dispensaire GOUGEROT à l'Hôpital SAINT LOUIS, R. DEGOS et O. DELZANT constatent en 1961 un chiffre de syphilis primo-secondaires supérieur à celui de 1938 et 1939 et pour 1962, les chiffres du premier semestre atteignent presque ceux de toute l'année 1961 et dépassent très largement ceux de 1934 à 1939.

A Lyon, les chiffres donnés par le Dispensaire de Consultation du Service de Dermatologie, depuis 1947 (H. THIERS et D. COLOMB) jusqu'en 1961, montrent que la recrudescence affirmée brutalement en 1959, atteint, jusqu'en 1961, les taux de 1949.

298	205	154	49	34	47		83	25	95	9	12	116	130	142
.47	.48	.49	.50	.51	.52	.53	.54	.55	.56	.57	.58	.59	.60	.61

- Tableau XVI -

- Syphilis Primo-secondaires des deux Dispensaires de Dermatologie de Lyon -

Quant aux syphilis sérologiques latentes, leur évolution semble montrer un décalage de leurs courbes de fréquence explicable par la latence même de ces syphilis et leur découverte plusieurs années après le contage.

II - LA RECRUDESCENCE DE LA SYPHILIS DANS LES AUTRES PAYS DU MONDE

La France n'a évidemment pas la primeur de cette remontée subite. Une enquête entreprise dans 72 pays Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé fait apparaître une remontée de la Syphilis primaire infectieuse dans 31 de ces pays, de 1957 à 1960. Les taux d'augmentation d'une année à l'autre varient entre 19 p. 100 (Canada), 30 p. 100 (Angleterre et Pays de Galles), 45 p. 100 (Etats-Unis) et 85 p. 100 (Danemark). L'Italie, pour sa part, avait en 1960 trois fois plus de nouveaux cas de syphilis qu'en 1955.

La même courbe ascendante apparaît dans d'autres parties du monde, notamment dans le Pacifique et en Afrique.

L'enquête de l'O.M.S. souligne l'intérêt d'une action internationale : 50 p. 100 des nouveaux cas de syphilis dépistés au Danemark avaient leur origine à l'étranger. La Suède et

l'Union Soviétique signalent aussi cette augmentation des cas importés.

Les pays qui publient des relevés précis, montrent, dans des statistiques peut-être moins récentes que pour la France, la même progression.

- En Angleterre, 704 cas de syphilis primo-secondaires sont déclarés en 1958, c'est le chiffre le plus bas observé depuis la fin de la guerre ; depuis, les chiffres ne cessent d'augmenter : 773 cas en 1959 ; 994 en 1960 ; 1199 en 1961.

- En Allemagne, à Berlin-Ouest, d'après WEISE, l'indice des syphilis primo-secondaires pour 10.000 habitants, a été de 7 en 1951, 4 en 1952, 3 en 1953, 2 en 1954, 4 en 1955, 4, 4 en 1956.

- Aux Pays-Bas, dans les dispensaires contrôlés par HERMANS, 40 cas ont été décelés en 1953, 47 en 1954, 63 en 1955 ; 42 en 1956.

- En Suisse, à Zurich, 2 cas ont été inscrits en 1956, 4 en 1957, 17 en 1958, 21 en 1959.

- En Italie, CAFFARI indiquait 3461 cas en 1951, TASSI : 2400 syphilis récentes en 1952, 2800 en 1956 ; dans la région de Casale, CORRICIATI a traité 2 syphilis primo-secondaires en 1950, 3 en 1951, 3 en 1953, aucune en 1954, 1 en 1955, 3 en 1956, 14 en 1958 et 59 en 1959.

- En Espagne, SAINZ DE AJA trouve une augmentation de 3,4 p.100 en 1954, 3,1 p.100 en 1956, chiffres qui s'accroissent de 1958 à 1959, d'après DE LA CUESTA.

- Au Portugal, 208 cas sont inscrits en 1958, 257 en 1959, 370 en 1960.

- En Yougoslavie, d'après FARKAS, ont été vus 7200 cas en 1954, 7248 en 1955.

- En Pologne, d'après TOWPIK, l'indice pour 10.000 habitants, tombé à 0,80 en 1954, remonte déjà à 0,97 pour 1955.

- En Australie, 303 cas en 1958, 585 en 1959, 666 en 1960.

- Aux Etats-Unis, d'après BEERMAN, DE OREO, MOORE, si une baisse spectaculaire de 88,9 p.100 avait été enregistrée de 1947 (107.000 cas) à 1952 (12.000 cas), la remontée se fait progressivement à partir de 1956 (6250 cas). En 1957, 6251 cas ont été

relevés, 6661 en 1958, 8178 en 1959, 18.781 en 1961. Mais ici encore, la répartition est très inégale selon les régions intéressées.

- L'Afrique enfin, d'après GUTHE, est le seul continent pour lequel la courbe de fréquence soit restée à l'horizontale, pendant que celles des autres régions, Asie, Europe, Amérique, montraient une nette rétrocession. Ceci avec des chiffres très importants, proches de 100.000 pour le Congo-Belge, compris entre 600 et 800.000 pour l'ouest africain.

EN RESUME :

- La recrudescence de la syphilis est un fait indiscutable,

- Cette remontée actuelle atteint un niveau qui reste pour le moment inférieur à celui de la période d'après-guerre, mais qui rejoint et dépasse celui des années 1937, 38, 39.

- Cette reprise évolutive n'est pas un phénomène propre à la France, elle est ressentie par le monde entier.

	France	Angle- terre	Austra- lie	Autri- che	Belgi- que	Dane- mark	Portu- gal	Italie	Suède	U.S.A.
1951	1998	2272	760	1303		441		3461	453	
1952	1874	1353	603	994	179	241		2400	335	12.000
1953	1282	1074	378	734	107	149			184	
1954	1222	808	333	576	50	114			162	
1955	1156	837	405	407	37	119			168	6.516
1956	1452	844	303	445	36	104	287	2800	123	6.250
1957	1348	747	360	366	43	48	235		90	6.251
1958	1461	704	303	234	36	55	208		75	6.661
1959	1621	773	585	196	54	94	257		95	8.178
1960	2502	994	666	252	65	217	370		87	
1961	3610	1199		310	65	493			120	18.781
1962	5608									

- Tableau XVII -

- Représentant l'évolution de la morbidité des syphilis précoces dans différents pays. (d'après plusieurs auteurs) -

CHAPITRE III

INTERPRETATION GENERALE

La progression de la morbidité vénérienne a été établie de façon indiscutable par la statistique .

Nous allons tenter de déterminer quelles en sont les causes favorisantes, puis ensuite les remèdes et les moyens de lutte possibles.

I - QUELLES SONT LES CAUSES DE LA RECRUESCENCE ?

Elles sont de plusieurs ordres, thérapeutique, médical et psychologique, pathogénique et enfin sociologique.

a - En premier lieu, il en est qui sont en relation directe avec la thérapeutique.

L'avènement de la pénicilline a marqué une étape dans l'épidémiologie de la syphilis, on parle de la syphilis avant la pénicilline, on la compare avec ce qu'elle est devenue depuis la découverte des antibiotiques.

Il est évident que l'antibiothérapie a modifié son aspect, rendu son traitement plus rapidement efficace, mais aussi dans certains cas, a créé, par son usage systématique, des problèmes diagnostiques qui n'existaient pas antérieurement, donnant parfois un visage trompeur aux syphilis récentes, modifiées par les antibiotiques courants. La plupart d'entre eux ont une action tréponémicide, et, employés à des doses insuffisantes lors d'affections intercurrentes, et notamment de blennorrhagies, ils conduisent à des formes de syphilis latentes méconnues, voire atténuées de façon transitoire.

En effet, le traitement des Gonorrhées par la pénicilline, et d'autres antibiotiques tels que les tétracyclines et la spiramycine, a pu décapiter des syphilis. De même l'application d'une pommade antibiotique sur une lésion génitale d'étiologie imprécise "peut allonger la période d'incubation, ou modifier l'aspect du chancre (absence de chancre, induration discrète) ; elle est souvent la cause d'absence de tréponèmes à la surface de l'accident primaire (ultras répétés négatifs), de retards de virages sérologiques ou de sérologies longtemps dissociées. Elle peut également être à l'origine de syphilis sans chancre, ou même de syphilis totalement inapparentes, parfois contagieuses et redoutables par leur évolution silencieuse" M. BOLGERT et R. DELUZEN ZENNE.

Il résulte de ces faits qu'il existe ainsi un nombre important de cas de syphilis atypiques, qui contribuent à la dissémination de l'infection tréponémique.

Par ailleurs, nous remarquerons avec M. THIERS, qu'on s'aperçoit que, de temps en temps, des sujets résistent à la pénicilline et ne guérissent pas. On cite ainsi l'exemple de sujets atteints de syphilis primo-secondaires, qui, ayant reçu des doses de 8 à 10 millions de pénicilline, présentent des lésions qui, à l'examen ultra-microscopique, contiennent encore du tréponème. Ces faits sont évidemment fort troublants, et il est possible que nous commençons à assister, malgré le dogme américain, à une résistance progressive du tréponème à la pénicilline. Il est vrai que dans 1 cas observé autrefois par F.P. MERKLEN un échec a été constaté, dû à un tréponème autre que le tréponème pâle.

Cependant, l'extension de l'épidémie syphilitique est antérieure, quant à son début, à la découverte des premiers cas de résistance, il faut donc rechercher plus loin les causes réelles de la recrudescence.

b - Parmi les plus évidentes de ces causes, on en trouve d'ordre médical et psychologique.

La responsabilité de médecins qui ont méconnu des cas de syphilis récente par ignorance, n'est pas négligeable. Les exemples de syphilis longtemps méconnues avant d'être diagnostiquées sont trop nombreux. En effet, il est tout-à-fait possible actuellement de terminer sa médecine, sans jamais avoir vu un cas de syphilis primo-secondaire " et la réforme des études médicales qui supprime le stage obligatoire de dermato-vénérologie n'améliorera pas cette situation" (R. DEGOS).

A la décharge des praticiens, il faut dire que la syphilis revêt bien souvent des aspects déroutants, et que, même des médecins avertis pourraient se laisser tromper par certains aspects atypiques de la syphilis, et nous voulons parler à nouveau ici de celle qui a été modifiée par les antibiotiques, surtout sous forme de pommade appliquée sur le conseil d'un ami, d'un pharmacien bien intentionné. Dans le cas "d'un chancre suppuré, le tableau est encore plus trompeur, surtout lorsque l'adénopathie est de type inflammatoire, et même se fistulise" (DE GRACIANSKY).

Quant à la syphilis secondaire, c'est elle qui reste la cause principale des erreurs de diagnostic. "Une éruption n'évoque plus dans l'esprit des médecins la possibilité d'une syphilis, on peut ainsi juger du nombre inquiétant des syphilis méconnues qui, après une longue phase de latence, se manifesteront dans quelques années par des localisations viscérales graves. De plus, la syphilis secondaire a gardé son aspect protéiforme, on revoit les syphilis profuses, végétantes, des régions anovulvaires et des plis cutanés, les syphilis simulantes, séborrhéiques, psoriasiformes, acnéiformes, impétigineuses, pustulocroûteuses, eozémateuses, ulcéreuses, les formes discrètes, alopecies isolées, qui n'ont pas toujours le type de l'alopecie temporaire en clairière, et qui peuvent n'atteindre que les sourcils". (R. DEGOS).

Il faut donc que le médecin pense à nouveau à la syphilis et s'acharne à dépister la maladie devant toute lésion suspecte, renouvelle les examens à l'ultra-microscope, mette les malades en surveillance sérologique de durée suffisante ; en particulier ceux qui ont été traités par les antibiotiques pour un écoulement urétral, et les femmes dont l'accident initial, à la suite d'un contage suspect, a pu être ignoré. Pour des raisons identiques "les traitements, dits prophylactiques, par une antibiothérapie administrée sur un simple soupçon de contamination, doivent être évités. Les malades ne se soumettent plus ensuite aux contrôles indispensables ; lorsqu'ils n'ont pas été convaincus de la réalité d'une infection syphilitique" (F.P. MERKLEN et C. MIKOL).

Ceci dit, n'accusons pas uniquement les médecins, les malades ont eux aussi leur part de responsabilité. Le manque d'éducation est évident, le public est ignorant à ce sujet et n'est plus mis en garde, ce qui est d'ailleurs d'autant plus compréhensible, puisque bon nombre de praticiens croient fermement la syphilis disparue et l'ont rayée de leurs tablettes. C'est un fait que depuis plus de dix ans, le public ne pense plus à la syphilis, ne redoute plus le péril vénérien. Mais, en plus des insoucians, des ignorants, il y a ceux qui croient que la pénicilline leur procurera une guérison rapide et facile, qui tirent presque une sorte de vanité de leur maladie. Voilà qui diminue encore les craintes de contami-

nation !" et "ceci est un autre aspect de l'ignorance actuelle du public en ce qui concerne la gravité actuelle de la syphilis, lorsqu'elle n'est pas reconnue et traité précocément" (R. DEGOS)

L'idée que la syphilis est vaincue est tellement bien ancrée dans les esprits, qu'on assiste de plus en plus, à des réinfections syphilitiques. Le phénomène qui, certes, est en même temps témoin de l'excellence du traitement par la pénicilline, est un reflet fidèle de l'indifférence de la population s'exposant au péril vénérien, vis-à-vis du risque de syphilis, ainsi "le mépris qui contraste avec la syphiliphobie d'autrefois, entre certainement en ligne de compte" (J. THIVOLET et coll.)

c - A côté des causes d'ordre médical et psychologique, de celles en relation avec la thérapeutique, il en est qui sont liées intimement à la maladie, qui tiennent à l'agent pathogène.

Le tréponème subit en effet des variations dans l'intensité de sa virulence. Celle-ci semble à certaines périodes s'atténuer, à d'autres, s'exalter brusquement, sans raison. Les syphiligraphes ont toujours connu ces fluctuations de la morbidité syphilitique ; A. TOURAINE, en 1955 à 1957 mettant en garde l'opinion contre une réapparition massive de l'affection, écrivait : " la fréquence des maladies vénériennes obéit en même temps, dans divers pays, même éloignés, à des alternances qui la rendent tantôt plus basse, tantôt plus élevée. Il existe donc une sorte de rythme, dont les périodes varient de 5 à 15 ans, et au cours duquel les maladies vénériennes sont alternativement plus nombreuses ou plus rares, sans que les antibiotiques aient pu tirer avantage ou profit de leur propre influence... que nous soyons à la fin d'une période d'acalmie est possible. Il faut donc être prudent de ne pas attribuer entièrement aux antibiotiques la raréfaction récente des maladies vénériennes, on ne saurait croire au couvert absolu de leur protection et, par conséquent, atténuer l'intensité des autres moyens de lutte contre le péril vénérien. Le passé nous apprend que celui-ci a trop souvent marqué des retours offensifs".

Cette notion d'évolution cyclique de l'épidémie syphilitique, d'ailleurs valable pour d'autres maladies infectieuses comme la méningite cérébro-spinale, qui connaît actuellement un regain d'actualité, n'explique pas tout.

d - A côté des causes évoquées, l'évolution de la morbidité syphilitique dépend également des facteurs sociaux, sociologiques et économiques.

Le rôle des brassages de populations comme pendant les années de guerre a été remarquablement mis en évidence par BOLOGA et IONESCO, qui ont montré que les hostilités provoquent une recrudescence qui peut se chiffrer de 1 à 5, comparativement à la période antérieure considérée normale et possédant une incidence épidémiologique stabilisée. Ils ont montré également que la recrudescence ne se limite pas exclusivement à la durée de la guerre, mais qu'elle comprend une période deux fois plus longue, jusqu'à ce que le pourcentage épidémiologique se stabilise à nouveau en atteignant la valeur des fréquences du temps de paix.

Cependant, ces mouvements de masse semblent ne pas intervenir dans la recrudescence actuelle. La guerre d'Algérie, qui a touché une grande partie de la population métropolitaine, semble ne pas avoir eu d'influence particulière. Par contre, on a voulu mettre l'accent sur le rôle qu'a pu jouer l'immigration importante de travailleurs nord-africains ; or, il paraît, comme il a été dit à la dernière réunion de la Commission de Dermato-vénéréologie Sociale du Ministère de la Santé Publique, et comme l'a montré notre étude, que les Nord-Africains contaminés, l'ont presque toujours été en métropole. Cette catégorie de malade serait donc plus volontiers victime de l'épidémie, plutôt que l'agent provocateur. Ils participent d'ailleurs à la maladie en fonction de leur nombre et constituent une clientèle fidèle pour les prostituées ; il suffit de voir, pour s'en convaincre, les files d'attentes, le dimanche, devant certains hôtels proches du quartier de la Goutte d'Or.

On a évoqué également des facteurs économiques. La facilité et la rapidité des transports peuvent intervenir. Mais surtout, ce sont des facteurs d'ordre sociologiques qu'il faut incriminer : l'homosexualité, la prostitution, le relâchement des mœurs et la trop grande liberté des rapports sexuels.

L'homosexualité, largement répandue, a été mise en cause avec raison semble-t-il, au début de la recrudescence de l'épidémie syphilitique. Il est vrai que dans la plus grande partie des publications, on trouve, dans les années correspondant au début de la recrudescence, une proportion importante de pédérastes. Actuellement, les pourcentages de contaminations homosexuelles reviennent à des taux plus modestes, au prorata de leur importance dans la population. Il est tout-à-fait possible de penser que les homosexuels aient pu jouer le rôle de "réservoir de virus". En effet, autrefois la pédérastie constituait un milieu clandestin, plus ou moins fermé, dans lequel les adeptes "se connaissent et se soignent entre eux" ; de plus, c'est dans ce milieu particulier que les en-

quêtes sociales sont les plus difficiles, quand elles ne sont pas tout-à-fait impossibles. Si l'on ajoute qu'il existe également de véritables professionnels qui s'adonnent, dans certains quartiers, à une prostitution largement rémunérée, comment ne pas croire à l'importance du rôle des homosexuels dans le réveil de la morbidité syphilitique.

La liberté des mœurs, la facilité des rapports sexuels dans la plupart des milieux, entrent en jeu également et certainement pour une part importante, avec, comme corollaire, les multiples formes de prostitution clandestine, de semi-prostitution. Outre qu'elle rend l'enquête épidémiologique très difficile, l'habitude des rapports multiples favorise au maximum la dissémination de l'infection.

La prostitution enfin, officielle ou clandestine, suivant que ses éléments étaient ou non inscrits au fichier sanitaire de la Préfecture de Police, et qui n'est même plus considérée en elle-même comme un délit depuis la suppression de ce fichier, à la suite de l'Ordonnance du 25 novembre 1960. Pourtant, le rôle de "réservoir de virus" et d'agent contaminateur des prostituées ne saurait être nié, surtout si l'on considère que le plus grand nombre de malades est du sexe masculin et que l'enquête épidémiologique mène quatre à cinq fois sur dix à une prostituée. Intervenant après le début de la recrudescence de la morbidité vénérienne, cette mesure ne peut être accusée d'en être la cause, mais le moins qu'on en puisse dire est qu'elle est tout-à-fait mal venue et inopportune. Libérant de tout contrôle une population très infestée, elle contribue à la diffusion et à l'extension de l'infection. D'autant que celles-ci sont très bien organisées, délaissant leurs quartiers d'hiver, elles ont pris l'habitude de "descendre sur la côte d'Azur", aux beaux jours, pour "faire la saison", distribuant ainsi généreusement leurs tréponèmes aux touristes de toutes origines.

De plus, la prostituée de métier est progressivement remplacée par toute une gamme de prostituées fractionnaires, clandestines ou occasionnelles, ce qui rend l'enquête sociale encore plus délicate ; "La prostitution n'est plus l'apanage d'une petite catégorie de professionnelles, connues et enregistrées comme telles; elle envahit la Société toute entière, rejoignant par l'intermédiaire d'une rémunération dégradée et inapparente, la plus simple débauche qui chaque jour gagne du terrain dans tous les milieux sociaux". (R. RABUT)

En résumé, la prostitution, clandestine surtout, qui ne fait que s'accroître, constitue une source importante de contamination.

II - QUELS SONT LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LE DEVELOPPEMENT DE LA MORBIDITE SYPHILITIQUE ?

Nous les envisagerons sur deux plans, médical et social :

- a - L'effort, sur le plan médical, doit porter essentiellement sur l'éducation des médecins. Il faut apprendre de nouveau à penser à la syphilis et en particulier devant les éruptions car on ne sait plus assez que la syphilis secondaire peut revêtir de multiples aspects. Il faut savoir éviter des erreurs malheureusement trop courantes, telles que l'application de pommade antibiotique sur une lésion génitale suspecte le diagnostic d'intoxication alimentaire porté trop facilement devant une éruption, l'administration de traitement antibiotique par voie générale sur le simple soupçon de contagé vénérien ou encore avant que le doute n'ait été levé de façon formelle par un examen ultra-microscopique ou une sérologie positive. Enfin, il serait bon que les praticiens, informés du renouveau de la maladie syphilitique, reprennent l'habitude de déclarer correctement les vénériens. De cette façon, les statistiques, plus proches de la vérité, alarmeront peut-être les pouvoirs publics, qui pour le moment, semblent assez inertes, "suppriment même certains dispensaires...., font de l'enseignement de la dermatovénérologie aux étudiants en médecine, une simple matière à option, si bien que nos confrères généralistes de demain pourront exercer sans jamais avoir un seul chancre syphilitique, ni une seule roséole" (J. RACOU-CHOT).
- b - Sur le plan social, le travail à fournir est également éducatif auprès de la population. En premier lieu, rappeler au public que la syphilis est une maladie qui existe encore, qui se soigne, dans la majorité des cas remarquablement bien à la condition qu'elle soit traitée suffisamment tôt. Informer les gens qu'un traitement tardif, l'absence de traitement peuvent amener des complications redoutables. Enfin, la lutte concerne également l'éducation prophylactique, sanitaire et morale de la jeunesse, car la particularité des mœurs contemporaines crée des candidats, chez les garçons, à l'affection vénérienne, chez les filles, à la prostitution. Nous voulons parler de familles dissociées, ouvertement ou non, des enfants en rébellion contre leur mi-

lieu familial, des milieux alcooliques, du mode de vie des citadins, avec allongement de l'éducation et retard du mariage par rapport à la puberté, de la "désoccultation du sexuel" où les caractères sexuels secondaires deviennent objets de spectacles, enfin de certains romans de F. SAGAN ou C. ROCHEFORT qui revendiquent la liberté sexuelle pour la femme.

En dehors de ce travail éducatif, il reste la lutte anti-vénérienne proprement dite ; surveillance des prostituées, travail des dispensaires anti-vénériens.

La surveillance des prostituées est en effet particulièrement importante, car elles sont largement infestées. Or, le code de santé a été récemment remanié ; selon les nouvelles dispositions, le contrôle périodique des prostituées est supprimé et ne subsiste que l'obligation faite aux sujets atteints de maladies vénériennes, d'un traitement ou d'une hospitalisation d'office, mesures concernant également tous les individus. Ce qui revient à dire que "la législation actuelle empêche tout dépistage chez les prostituées", car il faut d'abord pouvoir les examiner avant de les traiter et en fait, seules sont soignées les femmes qui vont consulter un médecin.

Quant aux dispensaires anti-vénériens, leur rôle est capital, surtout ceux qui s'intègrent dans les services hospitaliers. C'est grâce à leur activité que peuvent s'effectuer les examens de dépistage, examens cliniques des sujets suspects de contamination vénérienne, examens sérologiques systématiques, contrôle de sujets suspects venant de l'étranger. Enfin et surtout, c'est grâce à eux, grâce aux assistantes sociales spécialisées que peuvent s'effectuer les enquêtes permettant le dépistage des cas nouveaux et ainsi, la limitation de l'extension des foyers infectieux.

C'est dire toute l'importance des dispensaires anti-vénériens, loin de tendre à les supprimer, il faudrait au contraire étendre et faciliter leur action.

EN RESUME :

Parmi les causes de la recrudescence de la morbidité vénérienne, on cite volontiers l'ignorance des médecins, certaines erreurs thérapeutiques, le manque d'éducation du public, son état d'esprit, l'exaltation actuelle de l'agent pathogène, et enfin, des facteurs sociaux et sociologiques parmi lesquels, la pédérastie, la prostitution et l'actuelle liberté des mœurs.

Les moyens de lutte à envisager sont une meilleure information du corps médical et du public, un contrôle efficace des prostituées, le développement de l'action des dispensaires anti-vénériens.

oOo

CONCLUSIONS

1 - L'étude des registres de syphiligraphie du Pavillon Brocq à l'Hôpital Saint-Louis, du 1er juillet 1953 au 30 juin 1963, nous a permis de relever 2020 cas de syphilis : le nombre total des nouveaux cas inscrits montre une recrudescence importante au cours de ces trois dernières années, alors, que jusqu'en 1958, ce nombre était relativement stable.

L'étude des 1141 cas de syphilis primo-secondaires montre une augmentation régulière et parallèle. En 1953 et 1954, il y avait par an une cinquantaine de cas, nous en dénombrons 119 en 1960, 211 et 228 en 1961 et 1962, et 121 pour le premier semestre de cette année.

C'est la population métropolitaine qui donne le plus grand nombre de malades. Les Nord-Africains participent à la recrudescence au prorata de leur importance. La source la plus importante de contamination semble représentée par la prostitution, accusée en moyenne dans 45 p.100 des cas. Après avoir subi une hausse inquiétante, contemporaine du début de la recrudescence, la contamination homosexuelle masculine tend à se stabiliser. Les individus de 20 à 40 ans sont de loin les plus nombreux, les moins de 20 ans sont en proportion constante chaque année, ils représentent 2 p.100 de la statistique. Les réinfections syphilitiques sont fréquentes, elles témoignent de l'excellence des traitements.

La profession apparaît sans influence, hormis des métiers plus particulièrement exposés, tels que les représentants, les chauffeurs routiers, les taxis. L'aspect du chancre ne varie guère, gardant le plus souvent ses caractères classiques, les chancres du fourreau et du pubis, volontiers **croûteux** se voient le plus souvent chez les Nord-Africains, les chancres ulcéreux, phagédéniques chez les noirs. Les chancres modifiés par un traitement préalable, local ou général, sont fréquents, dangereux par leur risque de contagiosité, et de diagnostic difficile.

Les syphilis sérologiques latentes ne montrent pas d'augmentation significative. Une recrudescence notée en 1962 peut faire discuter la survenue d'un accroissement décalé par rapport à la flambée primo-secondaire. Mais une proportion importante est découverte chez les travailleurs nord-africains et depuis deux ans chez les travailleurs noirs, dont l'apport récent peut expliquer la recrudescence apparente.

Les syphilis sérologiques anciennes et ayant changé de centre de traitement, sont de chiffres stables et sans influence sur la recrudescence.

Les syphilis tardives symptomatiques sont en nette régression, phénomène dû, vraisemblablement au dépistage, et à l'armement anti-syphilitique existant en France.

- 2 - L'augmentation de la morbidité syphilitique est un phénomène général, rapporté par de nombreux auteurs français et étrangers. La remontée actuelle atteint un niveau qui, pour le moment, reste inférieur à celui de l'après-guerre, mais qui rejoint et dépasse celui des années 1937, 38, 39.
- 3 - Parmi les causes de la recrudescence de la morbidité vénérienne, doivent être cités : la méconnaissance actuelle des médecins sur les plans diagnostique, thérapeutique et épidémiologique, le manque d'éducation et l'état d'esprit du public, des facteurs sociologiques parmi lesquels la pédérastie et la prostitution, et enfin peut-être aussi l'exaltation cyclique du tréponème.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur F. P. MERKLEN

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BOLOGA E.I., IONESCO E.

La guerre, facteur épidémiologique de propagation de la syphilis.

Ann. Dermat. (1959), 86, 124-136.

2 - BOLGERT M., DE LUZENNE R.

A propos de la syphilis sérologique actuelle : fréquence, essais d'interprétation ; rôle vraisemblable d'une syphilis inapparente.

Ann. Dermat. (1962) 89, 333-344

3 - BOLGERT M., DE LUZENNE R.

A propos de la fréquence actuelle des syphilis uniquement sérologiques.

Méd. Hyg. (1963) 21, 253-255.

4 - DEGOS R.

Maladies vénériennes en France

Sem. Hôp. (1958) 34, 789

5 - DEGOS R.

Recrudescence actuelle de la syphilis récente.

Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris (1960) 76, 662

6 - DEGOS R., DELZANT O.

Les aspects actuels de la syphilis récente

Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris (1962) 78, 460.

7 - DEGOS R., DELZANT O

Epidémiologie de la syphilis

Vie Med. (1963) 44, 333-340.

8 - DEGOS R.

Aspects actuels de la syphilis primo-secondaire.
Vue Med. (1963) 44, 343-366.

9 - DELEAU M.

Y a-t-il actuellement recrudescence de la syphilis ?
Thèse Med. 801. Paris 1958.

10 - GARNIER G.

Les grandes lignes du traitement actuel de la syphilis
Vie Méd. (1963), 44, 421-428.

11 - GATE J., DUVERNE J.

Considérations médicales et sociales sur la réascension
actuelle indiscutable de la syphilis.
Prophyl. Sanit. Morale (1960) 32, 180-186.

12 - GATE J.

Réflexions personnelles sur la recrudescence actuelle
de la syphilis.
J. Med. Lyon (1963) 44, 799.

13 - de GRACIANSKY P.

L'intérêt de la ponction lombaire au cours de la syphilis
Vie Med. (1963) 44, 401-408.

14 - GUTHE T.

The Treponematoses as a world problem.
Brit. J. vener. Dis. (1960) 36, 67-77.

15 - HURIEZ C.

Etude de 450 cas de syphilis viscérale
Lille Med. (1961) 6, 164.

16 - HURIEZ C., AGACHE P., SOUILLIART F.

Panorama actuel des syphilis viscérales.
Vie Med. (1963) 44, 369-376.

17 - LAPORTE L.

Evolution de la morbidité vénérienne .
Rev. Prat. (1957) 7 , 2555-2556.

18 - LISON L.

Statistique appliquée à la biologie expérimentale .
Gauthier. Villars Ed. 1958.

19 - MERKLEN F.P., MIKOL C.

Où en est la question du traitement abortif de la syphilis ?

Rev. Prat. (1957) 7, 2529-2534.

20 - MERKLEN F.P., MIKOL C., RENOUX M.

Recrudescence actuelle des syphilis récentes (Evolution de la morbidité syphilitique dans un service de l'Hôpital Saint-Louis)

Rev. Path. Gén. Physiol. Clinique -(1960) 60, 895-897

21 - NICK J., CONTAMIN F., GUILLARD A.

Aspects actuels de la syphilis nerveuse.

Vie Med. (1963) 44, 379-386.

22 - PELLEGRIN D.

L'évolution des maladies vénériennes dans les Alpes Maritimes en 1959.

Prophyl. Sanit. Morale (1960) 32, 187-194.

23 - RABUT R.

La suppression du dossier sanitaire de la prostitution est-elle responsable de la recrudescence de la syphilis ?

Prophyl. Sanit. Morale (1961), 33, 199-203.

24. RACOUCHOT J.

Déclarons nos vénériens

Bull. Synd. Nat. Dermat. Syphil. véné. français
(1963) , 4-8.

25 - RAVAUT P.

Fréquence actuelle de la syphilis dans un service de médecine générale.

Rev. Lyon Med. (1959) 6 , 1191-1193.

26 - ROULE S. , GOURLIAU S.

Statistiques épidémiologiques et activité des dispensaires anti-vénériens en France métropolitaine au cours du premier trimestre 1961.

Bull. Inst. Hyg. (1961) 16, 1051-1063?

27 - SIBOULET M.

Recrudescence des maladies vénériennes, nouveaux aspects médico-sociaux.

J. Med. Chir. Pratiques (1961) 32, 1073-1079.

28 - SICARD DE PLAUZOLLES

Recrudescence de la syphilis

Prophyl. Sanit. Morale (1962) 34, 238.

29 - THIERS H.

La résurrection de la syphilis primo-secondaire

J. Med. Lyon (1959) 40, 869.

30 - THIERS H. , COLOMB D.

Réflexions sur l'évolution de la morbidité syphilitique en milieu hospitalier à Lyon, au cours des 15 dernières années (Essai d'interprétation de l'épidémie actuelle).

J. Med. Lyon (1962) 43, 1943-1949.

31 - THIERS H.

Manifestations actuelles de la syphilis

J. Med. Lyon (1963) 44, 792-796

32 - THIVOLET J. , HERMLER C. , BONDET V. , SAIGNOL A.M. , SEPETDJIAN M.

La syphilis précoce. Aspects actuels. Epidémiologie.

J. Med. Lyon (1963) 44, 800-807.

33 - TOURAINE A.

Epidémiologie de la syphilis et facteurs éventuels de la tendance actuelle à la recrudescence.

Pres. Med. (1957), 65, 1851.

34 - TOURAINE A.

L'homosexualité masculine.

Prophyl. Sanit. Morale (1960) 32, 214-227 ; 263-278.

35 - TOURAINE A.

L'homosexualité féminine.

Prophyl. Sanit. Morale (1960) 32, 279-290 ; 295-304.

36 - TOURAINE A.

La reprise actuelle des maladies vénériennes en France et à l'étranger.

Press. Med. (1961) 69, 1245.

37 - TOURAINE R.

Epidémiologie et aspects actuels de la syphilis récente.

Rev. Prat. (1963) 13, 594-598.

